

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

BARBARA VEZOVNIK

Izola, 2016

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**POMEN MEDKULTURNE IN MEDJEZIKOVNE
KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI**

**THE IMPORTANCE OF INTERCULTURAL AND INTER -
LINGUISTIC COMMUNICATION IN HEALTHCARE**

Študentka: BARBARA VEZOVNIK

Mentorica: doc. dr. Majda Šavle

Študijski program: Zdravstvena nega, 1. stopnja

Izola, 2016

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Barbara Vezovnik izjavljam, da je:

- predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (ZASP) kaznivo.

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Pomen medkulturne in medjezikovne komunikacije v zdravstveni negi
Tip dela	Diplomska naloga
Avtor	VEZOVNIK, Barbara
Sekundarni avtorji	ŠAVLE, Majda (mentorica) / BABNIK, Katarina (recenzentka)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2016
Strani	III, 30 str., 0 pregl., 0 sl., 1 pril., 38 vir.
Ključne besede	kultura, komunikacija, zdravstvena nega, medkulturne kompetence, tujejezični pacient
UDK	616-083:316.7
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	<p>Za temo diplomske naloge je bilo izbrano področje medjezikovnih in medkulturnih kompetenc v zdravstveni negi, ker je v današnjem času, ko se struktura prebivalstva znotraj posameznih držav nenehno spreminja, ta tematika izredno pomembna. Z raziskavo in preučitvijo domače in tuje strokovne literature je bilo ugotovljeno, da se medicinske sestre med svojim delom srečujejo z ljudmi iz najrazličnejših kulturnih ozadij, zato je pomembno, da imajo razvite medkulturne in medjezikovne kompetence in spretnosti, da se lahko uspešno izognejo oviram v komunikaciji. Pri delu s tujci predstavlja največji problem nerazumevanje jezika, kar lahko vodi v nekvalitetno zdravstveno obravnavo in posledično v slabše zdravstveno stanje pacienta. Skozi diplomsko nalogo so zato predstavljene različne vrste komunikacije, spretnosti za kvalitetno komunikacijo in ovire pri interakcijah z drugimi. Sledita opredelitev pojma kulture, predvsem z vidika vpliva kulture na naše zdravje, ter definicija transkulturne zdravstvene nege, ki opozarja na kulturne potrebe pacientov. Osrednji del naloge se zaključuje z opredelitvijo medkulturnega izobraževanja in usposabljanja v zdravstveni negi, ob zaključku pa so podani predlogi za premostitev ovir v komunikaciji s pacienti iz drugih kulturnih ali jezikovnih okolij in posledično za zagotavljanje kvalitetne zdravstvene oskrbe.</p>

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	The importance of intercultural and inter – linguistic communication in healthcare
Type	Diploma work
Author	VEZOVNIK, Barbara
Secondary authors	ŠAVLE, Majda (supervisor) / BABNIK, Katarina (reviewer)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2016
Pages	III, 30 pg., 0 tab., 0 figg., 1 ann., 38 ref.
Keywords	culture, communication, nursing, healthcare, cultural competence, foreign language patient
UDC	616-083:316.7
Language	slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	<p>For the subject of the diploma thesis, the field of linguistic and intercultural competencies in health care was chosen, because in this day and age, when the structure of the population within each country is constantly changing, this topic is extremely important. The research and examination of the domestic and foreign professional literature showed that the nurses meet a lot of people from different cultural backgrounds during their work, so it is important that they develop cross-cultural and cross-linguistic competences and skills to be able to successfully avoid obstacles in communication. When working with foreigners the biggest problem is the lack of understanding of the language, which can lead to low quality medical treatment and can consequently worsen the health condition of the patient. The thesis therefore introduces different types of communication skills for a quality communication and different obstacles which appear when interacting with others. This is followed by the definition of culture, especially in terms of the impact of culture on our health, and the definition of transcultural nursing, which draws attention to the cultural needs of the patients. The central part is concluded with the definition of intercultural education and training in health care, added are the suggestions for overcoming the obstacles in communication, when dealing with patients from other cultural and linguistic environments, and consequently for ensuring the high quality health care.</p>

KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU	I
KEY WORDS DOCUMENTATION	II
KAZALO VSEBINE	III
1 UVOD	1
2 NAMEN, HIPOTEZE IN RAZISKOVALNO VPRAŠANJE	2
3 METODE DELA IN MATERIALI	3
4 REZULTATI	4
4.1 Komunikacija	4
4.1.1 Verbalna komunikacija	4
4.1.2 Neverbalna komunikacija	5
4.1.3 Komunikacija v zdravstvu	6
4.1.4 Terapevtska komunikacija	7
4.2 Kultura	8
4.2.1 Vpliv kulture na zdravje in bolezen	9
4.2.2 Stereotipi, predsodki, etnocentrizem in posledice	9
4.2.3 Medkulturno komuniciranje	11
4.2.4 Transkulturna zdravstvena nega	12
4.2.5 Model kulturnih kompetenc po Josephi Campinha-Bacote	14
4.3 Vera, duhovnost in zdravstvena nega	15
4.4 Tolmačenje v zdravstvu	16
4.5 Medkulturno izobraževanje in usposabljanje v zdravstveni negi	18
5 RAZPRAVA	20
6 ZAKLJUČEK	22
7 VIRI	23
POVZETEK	27
SUMMARY	28
ZAHVALA	29
PRILOGE	30

1 UVOD

Komunikacija medicinske sestre s sodelavci in pacienti predstavlja sestavni del poklicnega delovanja medicinskih sester (Filipčič, 1998). V današnjem času si je skoraj nemogoče zamisliti, da bi medicinske sestre zdravstveno nego izvajale brez informacij o pacientu. Medsebojna komunikacija medicinskim sestram daje obliko, smer in vsebino pri njihovem delovanju in jim zagotavlja samoaktualizacijo in samopotrjevanje v poklicu. Z vsakim srečanjem s pacientom dobijo priložnost, da se naučijo spoštovati bogastvo človeškega doživljanja. S komunikacijo medicinska sestra pacientu posreduje informacije, mu pomaga izražati občutke in mu pomaga zadovoljevati njegove individualne potrebe (Škerbinek, 1992).

Latkovič (2002) piše, da med spretnosti za kvalitetno komunikacijo v zdravstvu sodijo: empatija, aktivno poslušanje, resonanca, dobro vodenje pogovora in razumevanje kulture pacienta.

Za kvalitetno komunikacijo v zdravstvu je najpomembnejša empatija, saj medicinskim sestram omogoča, da se vživijo v čustva pacientov in da bolje razumejo stiske in težave, ki jih pestijo. S pomočjo empatije lahko pacientovo situacijo uvidijo še iz njegove perspektive. Aktivno poslušanje pacienta zahteva popolno pozornost medicinskih sester, da pacienta resnično poslušajo in ga tudi slišijo. Vse, kar pacient pove, povzamejo in si zapišejo. Kakovostna komunikacija je tudi dobro vodenje pogovora, saj lahko le s spretnim postavljanjem ključnih vprašanj od pacienta pridobijo vse potrebne informacije. Ena najzahtevnejših komunikacijskih spretnosti, ki od zdravstvenega osebja zahteva veliko znanja in izkušenj, je sporazumevanje s pacientom, ki prihaja iz drugačnega kulturnega in/ali jezikovnega okolja (Latkovič, 2002).

Ko govorimo o medkulturni komunikaciji, najprej pomislimo na jezikovne ovire. Vendar pa je vsakemu, ki je že bil udeležen v medkulturnih interakcijah, jasno, da poznavanje jezika še ne pomeni nemotenega komuniciranja. Medkulturna komunikacija zajema interakcije, odnose, stike in oblikovanje samopodobe. Medkulturna komunikacija kaže svoje prednosti v pretoku različnih znanj, izkušenj in tradicij, razumevanju in sprejemanju različnosti in drugačnosti (Ule, 2009).

Selitveni tokovi imajo dolgo in razburljivo zgodovino. Ljudje so že od začetka našega časa migrirali iz enega konca sveta na drugega zaradi hrane ali osvajanja novega ozemlja. Bešter s sodelavci (2009) ugotavlja, da bodo migracijski tokovi, ki nas čakajo v prihodnosti, neprimerno večji, obsežnejši in bolj globalni kot v preteklosti zaradi ekonomskih razlik, sodobnih vojn in načinov vojskovanja, novih možnosti poceni transporta in tudi zaradi novih komunikacijskih zmožnosti. Kot kažejo podatki Statističnega urada Republike Slovenije, se nenehno povečuje tudi število kratkotrajnih migracij (npr. zaradi sezone zaposlitve, študija) in obiskov tujih državljanov z namenom turizma (Statistični urad RS, 2015 in 2016). V zadnjem času pa se Evropa srečuje še s problemom beguncev z Bližnjega vzhoda, katerih kultura se bistveno razlikuje od naše. Vsi ti faktorji povečujejo potrebo po medkulturnih in medjezikovnih kompetencah, ki zdravstvenim delavcem omogočajo izvajanje kompetentne, kakovostne in kulturno dovzetne zdravstvene nege.

2 NAMEN, HIPOTEZE IN RAZISKOVALNO VPRAŠANJE

Cilj in namen diplomske naloge je s pomočjo domače in tuje strokovne literature raziskati, proučiti in podrobneje predstaviti pomen medkulturne in medjezikovne komunikacije v zdravstveni negi.

V skladu z zastavljenimi cilji želimo odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kaj je medkulturna in medjezikovna komunikacija?
- Katere metode in tehnike komuniciranja v zdravstvu poznamo?
- Katere motnje nastanejo pri komunikaciji s pacienti iz drugačnega kulturnega in/ali jezikovnega okolja?
- Kako do uspešne interakcije med zdravstvenim osebjem in pacienti iz drugačnega kulturnega in/ali jezikovnega okolja?

3 METODE DELA IN MATERIALI

Z namenom predstavitve relevantnih teorij in raziskav o pomenu medkulturne in medjezikovne komunikacije v zdravstveni negi smo uporabili opisno metodo dela. Uporabili smo podatkovne baze Wiley Online Library, The Cochrane Library, ScienceDirect, Ebrary idr., ki so dostopne na Fakulteti za vede o zdravju, ter vzajemno bibliografijo Cobiss.

Ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku, s katerimi smo iskali relevantno literaturo, so: kultura, komunikacija, zdravstvena nega, medkulturne kompetence, kvalitetna komunikacija, komunikacija v zdravstvu (angl. culture, communication, nursing, healthcare, cultural competence, quality communication, communication in healththcare).

4 REZULTATI

Wetherbe (2005) pravi, da je filozofija dobrega sporazumevanje zelo preprosta: »Prevzemite stoddostno odgovornost za to, kako razumete, kaj drugi govorijo ali mislijo. Komunikacija predstavlja prenos sporočila med dvema ali več osebami. Učinkovita komunikacija daje posamezniku možnost, da izrazi svoje misli, da se izogne nesporazumom in sporom, ter da premaguje ovire.« Komuniciranju se ne moremo odpovedati ali izogniti, saj nas k temu sili že biološka narava. Naši čutni organi so v budnem stanju nenehno pripravljeni na sprejem in obdelavo signalov in sporočil (Ule, 2009).

4.1 Komunikacija

Komuniciranje je pomemben družbeni proces, je družbena praksa in sistem družbeno pomenljivega delovanja ljudi, ki vsebuje zunanje in notranje cilje. Zunanji cilji zajemajo prenos sporočil, vzpostavljanje in ohranjanje socialnih stikov, razmerij in odnosov ter usklajevanje delovanja ljudi med seboj. Notranji cilji komuniciranja pa so uspešno sporazumevanje, izražanje komunikacijskih ovir, konstrukcija in reprodukcija simbolnih gest in pomenljivih znakov oziroma simbolov (Ule, 2009).

Henderson in sodelavci pa pišejo, da je komunikacija kompleksen in socialen konstrukt, ker vključuje jezike, kulture in njihov kontekst ter interakcije (2015).

Komunikacija ima osrednjo vlogo v naših življenjih in predstavlja prenos informacij med dvema ali več osebami. Vpliva na to, kako posameznik doživlja svoje življenje, kako svoje življenje vodi in kako vstopa v medsebojne odnose z drugimi ljudmi. Neprestano smo obkroženi z drugimi ljudmi, s katerimi smo v različnih socialnih, delovnih in čustvenih odnosih. Komunikacija ima osrednjo vlogo v našem življenju zaradi tega, ker večino svojega življenja posvetimo komunikaciji z drugimi; ker je univerzalna dejavnost, ki prepleta vse ostale dejavnosti človeka; ker nam izjemno veliko pomeni, kako komuniciramo in koliko smo pri tem uspešni; ker s komunikacijo spoznamo, kdo smo in to povemo tudi drugim (Ule, 2009). Obstaja več različnih delitev komunikacije. Ena izmed njih je kategorizacija, ki sta jo sestavila West in Turner (2013) in zajema sedem ravni, ki predstavljajo znotraj-osebno komuniciranje, medosebno komuniciranje, komuniciranje v skupinah, komuniciranje v institucijah, javno/retorično komuniciranje, množično komuniciranje in medkulturno komuniciranje.

Komunikacijo lahko delimo tudi na verbalno in neverbalno.

4.1.1 Verbalna komunikacija

Ule (2009) navaja, da je verbalni jezik človekov najpomembnejši simbolni sistem, ker predstavlja sistem sporočanja, ki velja za določeno družbeno skupnost in ki je skupen za vse njene člane. Jezik izraža posebnosti okolja in družb, v katerih se je razvil. Komuniciranje in jezik sta tesno povezana s človekovim zaznavanjem sveta, s kulturo, temeljnimi interesi, vrednotami in težavami ljudi. Na komuniciranje in jezik ne vpliva le naše doživljanje sveta, na posameznikov odnos do sveta vplivajo tudi spremembe v jeziku. Naše besede nimajo

trdnega pomena, temveč dobijo svoj pomen in vrednost s skupno prakso ljudi, ki jo uporabljamo na določen način. Ena bistvenih značilnosti verbalnega jezika je ustvarjalnost, ki ni nujno zavestna in racionalna, ampak je tudi spontana in celo podzavestna. Jezik kot temeljno sredstvo komuniciranja med ljudmi je univerzalno dejstvo človeške kulture. Pomaga nam izražati čustva, razkriti/prikriti različne misli, omogoča razvijati identiteto, pomaga vzpostavljati ali se izogniti socialnim stikom in odnosom (Ule, 2009).

Verbalni jezik je v primerjavi z neverbalnim precej jasnejši v sporočanju namer in namenov sporočevalcev, saj vsebuje jasna pravila za razumevanje kompleksnejših sporočil na podlagi njihovih sestavnih delov. Stavke razumemo na podlagi pomenov besed (Ule, 2009).

Ule pri tem opozarja, da zahteva proces komuniciranja, predelovanja sporočil in vodenja odnosov poleg znanja jezika še precej drugega socialnega oziroma situacijskega znanja. Situacijsko znanje nam pomaga, da si odgovorimo na vprašanje, zakaj smo se znašli v določeni situaciji in kaj želimo v njej doseči. Komuniciranje je močno odvisno od znanja o okoliščinah in od interpretiranja situacije, v kateri smo (2009).

Ljudje pa svoje misli in sporočila ne izražamo le z besedami, temveč tudi s telesnimi gibi, obrazno mimiko – torej z neverbalno komunikacijo.

4.1.2 Neverbalna komunikacija

Ljudje si pogosto ustvarijo mnenje o neki osebi, še preden ta sploh spregovori. Na to vplivata zunanji videz in uporaba gibov, ki jih pri osebah najprej opazimo. Neverbalni del komunikacije ne spremeni vsebine besed, ravno nasprotno, saj omogoča neverbalna komunikacija razkrivanje skritih sporočil, ki jih iz verbalne komunikacije ne bi mogli razbrati (tak primer je laganje, ki ga lahko razkrijemo, če zelo dobro opazujemo neverbalne znake, ki jih sogovornik sporoča). Izbrane črke, sestavljene v besede, imajo vedno enak pomen ne glede na to, ali imamo med pogovorom oči zaprte, govorimo monotono ali pretiho in ali gledamo sogovornika v oči ali pa smo obrnjeni stran od njega (Paladin, 2011). Neverbalno se izražamo z obrazno mimiko, očesnim stikom, dotikom, kretnjami telesa in z govorico telesa (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Razlika med verbalno in neverbalno komunikacijo je v tem, da poteka verbalna komunikacija samo s pomočjo enega kanala, medtem ko lahko neverbalna komunikacija poteka preko številnih kanalov hkrati, saj lahko oseba naenkrat pove samo eno besedo, odda pa lahko več neverbalnih znakov naenkrat (Paladin, 2011).

Več avtorjev se strinja, da je neverbalna komunikacija pomembnejša od verbalne, saj razkriva veliko več o človeku in njegovih namerah in jo je težje nadzorovati. Zaupanje v neverbalna sporočila in njihov pomen je odvisno od življenjske situacije, konkretne situacije, neskladnosti verbalnih in neverbalnih sporočil, neverbalnih znakov, ki preusmerijo pozornost k viru sporočila, in spremljanja mimike obraza in gibanja ust govorca (Ule, 2009).

Za kompetentno komuniciranje je pomembno, da obvladamo tako sintaktične, semantične kot tudi pragmatične dimenzije jezika in komuniciranja. Čeprav so vse tri dimenzije pomembne,

je najpomembnejša pragmatična dimenzija govora in jezika, ki igra ključno vlogo v komuniciranju, kar je še posebej pomembno v zdravstveni negi, saj s svojimi besedami posredno ali neposredno vplivamo na potek zdravljenja pri pacientu (Ule, 2009).

4.1.3 Komunikacija v zdravstvu

V današnjem času si je skoraj nemogoče zamisliti, da bi medicinske sestre zdravstveno nego izvajale brez informacij o pacientu. Komunikacija medicinske sestre z njenimi sodelavci in pacienti predstavlja sestavni del poklicnega delovanja medicinskih sester (Filipčič, 1998). Medicinske sestre se moramo zavedati, da smo na svojih delovnih mestih zaradi pacientov in ne pacienti zaradi nas. Medsebojna komunikacija medicinskim sestram daje obliko, smer in vsebino pri njihovem delovanju ter jim zagotavlja samoaktualizacijo in samopotrjevanje v poklicu. Z vsakim srečanjem z bolnikom dobimo priložnost, da se naučimo spoštovati bogastvo človeškega doživljanja. S komunikacijo medicinska sestra pacientu posreduje informacije, mu pomaga izražati občutke in mu pomaga zadovoljevati njegove individualne potrebe (Škerbinek, 1992).

Neverbalna komunikacija zajema vedenje ljudi, ki mora biti namerno, da velja za sporočilo in da ga tako interpretirajo tudi drugi. Na neverbalno komunikacijo med drugim vpliva tudi kontekst, v katerem se komunikacija odvija, torej odnos, v katerem sta sporočevalec in prejemnik, ter stopnja, na kateri je ta odnos. Raziskave so namreč pokazale, da uporabljamo pri komunikaciji z ljudmi, s katerimi imamo različne odnose, različna neverbalna vedenja (Paladin, 2011).

Za opis komunikacijskega odnosa zdravnika s pacientom uporabljamo tri modele. Prvi je pasivni model, pri katerem zdravnik odloča, pacient pa pri svoji oskrbi in zdravljenju ne sodeluje, ampak samo posluša zdravnika in izpolnjuje njegova navodila in ukaze. Drugi je model vodenja, po katerem zdravnik vodi, pacient pa naredi vse, kar zdravnik odloči. Zadnji je model partnerstva, kjer se zdravnik in pacient skupaj odločata o poteku zdravljenja. Najbolj razširjena sta prva dva modela, kjer ima zdravnik vzpostavljeno avtoriteto tretjega tipa, česar vzrok je razvoj znanosti, ki je pripeljal do tega, da se zdravnik bolj osredotoči na bolezen pacienta kot na pacienta samega (Latkovič, 2002).

Raziskovalci so ugotovili, da zadovoljstvo pacientov pogojuje veliko različnih dejavnikov. Zadovoljstvo pacientov pa se kaže v večjem zaupanju v zdravnika in v njegove načine zdravljenja. Če mu zaupajo, boljše sodelujejo pri svojem zdravljenju, lažje izražajo svoje psihične tegobe, bolj cenijo strokovnost, dalj časa ostanejo pri svojem zdravniku in so bolj optimistični. Zadovoljstvo pacientov ima pozitiven učinek tudi na zdravnika, saj na ta način lažje pridobi informacije, saj so ljudje do njega bolj odprti in mu zaupajo, hitreje pride do diagnoze, lažje pomaga pacientom in dosega boljše rezultate pri zdravljenju. Zadovoljstvo pacienta vpliva tudi na zadovoljstvo in boljše opravljanje dela medicinskih sester, saj jim informacije in sodelovanje pacientov pomagajo pri zadovoljevanju njihovih potreb in pri izvajanju bolj dovezetne zdravstvene nege, medicinske sestre pacientom tudi lažje svetujejo (Latkovič, 2002).

Tako kot v katerikoli komunikaciji tudi v komunikaciji med zdravstvenimi delavci in pacientom lahko pride do motenj, ki so bodisi na strani sprejemnika bodisi na strani oddajnika. Motnje s strani medicinske sestre so lahko narobe razumljena sporočila, negotovost, strah pred pacientovimi vprašanji, brezbržnost, podcenjevanje pomena informacij za pacienta, napačne predstave, nejasno govorjenje, stereotipni odgovori, pomanjkanje časa, neodkritost. Motnje, ki se pojavljajo pri pacientu, pa so okvara sluha, emocionalni položaj, neprijetno okolje, duhovna pasivnost, strah pred avtoriteto, nezmožnost izražanja, napačna pričakovanja (Filipčič, 1998).

Za kvalitetno komunikacijo v zdravstvu je potrebnih več spretnosti, ki se med seboj povezujejo. Najpomembnejša je empatija, saj predstavlja sposobnost, da se vživimo v čustva nekoga drugega ter da vidimo in slišimo stvari s pacientove perspektive, ne da bi ob tem tudi sami doživljali njegova čustva. Naslednja spretnost je aktivno poslušanje, ki se kaže z usmerjenim ali neusmerjenim očesnim stikom, držo telesa in mimiko obraza. Aktivno poslušanje je naporno, saj zahteva veliko časa in naše pozornosti, vendar pa nam omogoča, da prepoznavamo pacientove načine izražanja problemov z namenom, da mu jih pomagamo razrešiti. Razumevanje kulture pacienta je ena od zahtevnejših spretnosti, saj je lahko komuniciranje oteženo že, če pacient in zdravnik prihajata iz istega kulturnega okolja, še večje ovire pa so, ko pride zdravstveno osebje v stik s pacienti iz drugih kultur in z drugačnim maternim jezikom. Zadnja spretnost je sposobnost dobrega vodenja pogovora, ki omogoča pridobitev popolne anamneze (Latkovič, 2002).

Na področju komuniciranja v zdravstvu obstaja več modelov strukturiranega pogovora. Najbolj je uveljavljen Calgary – Cambridge model, ki izrecno poudarja in omogoča osredotočenost na uporabnika, kulturno kompetentno obravnavo in spoštljiv odnos ter enakopravno obravnavo ne glede na kulturne razlike (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Tako kot medicinska sestra ima tudi pacient pomembno vlogo v komunikaciji, kar je najbolj razvidno iz terapevtske komunikacije.

4.1.4 Terapevtska komunikacija

Ker je medicinska sestra članica zdravstvenega tima in s pacientom pogosto komunicira, je pomembno, da poleg osnovnih komunikacijskih veščin obvlada tudi večšine terapevtske komunikacije. Terapevtska komunikacija je komunikacija med medicinsko sestro in pacientom, katere značilnosti so usmerjenost v varovanja in cilje zdravstvene nege, sledijo empatija, spoštovanje, sprejemanje, zaupnost in samorazkrivanje (Kobentar in sodelavci, 1996). Komunikacija med medicinsko sestro in pacientom pomeni veliko več kot le prenos sporočila od oddajnika do prejemnika. Cilj terapevtske komunikacije je vzpostavitev odnosa, v katerem lahko pacient svobodno, brez zadržkov izraža svoje želje in potrebe. Najbolj pomembno za vzpostavitev dobre komunikacije je pridobitev zaupanja s strani pacienta. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa je proces, ki zahteva čas, skrbno vodenje medicinske sestre in zagotavljanje zaupnega odnosa, v katerem pacient čuti in se zaveda, da ga medicinska sestra obravnava kot osebnost in mu želi pomagati v njegovem prizadevanju za ohranitev ali vrnitev zdravja (Furlan-Lipovec, 1986). Če zdravstvenim delavcem s pacientom

ne uspe vzpostaviti zaupnega odnosa in medsebojnega spoštovanja, lahko pomanjkanje podatkov, potrebnih za celostno obravnavo pacienta, vodi v slabšo kvaliteto zdravstvene oskrbe. Kot pišejo Kobentar in sodelavci (1996), so pomemben vir podatkov o pacientovih navadah, potrebah in razvadah, ki jih medicinska sestra upošteva pri izvajanju zdravstvene nege, svojci, še posebej v primeru, ko pacient ne zmore ali ne zna govoriti.

Medicinske sestre se torej pri svojem delu srečujejo z najrazličnejšimi ljudmi, pri čemer jim lahko komunikacija predstavlja še poseben izziv, če izhajajo iz drugačnega kulturnega ozadja in/ali govorijo drug jezik.

4.2 Kultura

Kultura se stalno spreminja, razvija, preoblikuje in vključuje tudi medsebojno prepletanje kultur. Je kompleksen pojav, ki vsebuje veliko komponent, kot so na primer veroizpoved, posameznikova prepričanja, vrednote, jezik, spol in rasa. Kultura nezavedno vpliva na naše vsakdanje življenje, in sicer vpliva na naše prepričanje, razmišljanje, obnašanje, kritiziranje in odločitve. Če poenostavimo, je kultura to, kar delamo in kako gledamo na stvari v naši družbi (Narayanasamy, White, 2005).

Obstajajo različne definicije kulture, zato si jih bomo ogledali zgolj nekaj.

Hofstede (2011) vidi kulturo kot nekaj, kar osvojimo postopoma že v najzgodnejšem otroštvu. Veliko ljudi, predvsem članov kulturne večine, odraste, ne da bi se zavedali, da imajo neko kulturo. Ne zavedajo se, da to, kar oni jemljejo za samoumevno in normalno, torej obnašanje in vrednote, pogojuje njihova kultura. Po drugi strani pa se tisti ljudje, ki so odrasli v etnični – kulturni manjšini, najbolj močno zavedajo, kaj kultura je in kako močan vpliv ima na naše življenje.

Unesco kulturo definira kot skupek raznolikih duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti, ki poleg umetnosti ter literature obsega tudi življenjske sloge, načine sobivanja, sisteme vrednot, tradicije in prepričanja (2001).

Hall (1984) opiše kulturo kot ledeno goro: »Kultura je kot ledena gora. Nekateri deli kulture so eksplicitni – bolj očitni, drugi pa implicitni – manj očitni. V vsaki skupnosti obstajajo različni nivoji kulture. V najbolj ekspliciten nivo, ki je opazen tudi zunanjemu opazovalcu in deluje kot zunanja fasada skupnosti, spadajo na primer družbeni rituali, način oblačenja in podobno. V bolj implicitnih, manj očitnih nivojih pa najdemo sistem vrednot ter prepričanj, ki jih pripadniki skupnosti lahko bodisi zavestno spoštujejo bodisi jim sledijo popolnoma avtomatično oziroma nezavedno. Lažje je spremeniti bolj očitne dele kulture, saj se jih posamezniki zavedajo, veliko težje pa dele, ki so potopljeni na sredjo ali dno ledene gore.«

Keršič Svetel in sodelavci (2016) pravijo, da kultura ni omejena na umetniško dejavnost, saj je umetnost zgolj eden od mnogih elementov kulture, in da ne moremo vsega vedenja pripisovati kulturnim značilnostim posamezne skupine. Kultura se ne deduje, ampak se jo pridobi s socializacijo in sobivanjem v določeni skupnosti. Posamezniku ponuja smernice za življenje v svetu in je dinamična – ni statična.

Kultura je z nami prisotna že od najzgodnejšega otroštva, vpliva na našo miselnost in oblikuje našo osebnost, velik vpliv pa ima tudi na naše zdravje.

4.2.1 Vpliv kulture na zdravje in bolezen

Družbene skupine se med drugim razlikujejo tudi po pojmovanju zdravja in bolezni. Vsaka družbena skupina se na različne načine spoprijema z zdravjem in boleznijo oz. pozna različne načine, kako ohranjati zdravje ali ozdraviti bolezen (npr. zdravljenje s tradicionalno kitajsko medicino). Razumevanje, kako kultura vpliva na zdravje in bolezen, nam pomaga, da se znamo z določenimi posamezniki povezati in v skladu z njihovimi prepričanji najti takšno rešitev, ki bo zadovoljila njihove kulturne potrebe in obenem tudi individualno potrebo po zdravljenju (Keršič Svetel in sodelavci, 2016).

Kot je zapisano v Priročniku o kulturnih kompetencah v zdravstveni negi, ki ga je izdala kanadska neprofitna organizacija College of Nurses of Ontario (2009), kultura vpliva na naslednja področja zdravstvene nege:

- predstave o telesu (npr. anatomiji, telesnih funkcijah, itd.);
- dojemanje zdravja in bolezni (npr. nekdo se lahko dobro počuti kljub bolezni in obratno);
- dojemanje bolečine in bolečinskega vedenja (npr. kdaj je bolečina sprejeta in kdaj bi se ji raje izognili);
- pomen in vlogo trpljenja (npr. v katerih situacijah je trpljenje sprejemljivo, nujno ali se mu je potrebno izogniti);
- dojemanje zdravstvenih ustanov, zdravstvenih delavcev in drugih terapevtov (npr. zaupanje ali nezaupanje v nasvete zdravstvenega delavca);
- pomen ritualov in običajev (npr. umivanje pred molitvijo);
- meje zasebnosti, starosti, spola in odnosov (npr. kdaj je uporabniku sprejemljiv naš dotik);
- učinkovitost in vrednotenje posamezne terapije (npr. ali meni, da mu bo predlagani način zdravljenja pomagal);
- prepričanja glede dnevnega ritma in prakse, ki lahko usmerjajo njegove dnevne aktivnosti (npr. kdaj je primerno uporabniku, ki se posti, prinese obrok);
- pomen družine in odnosov z bližnjimi (npr. kdo sestavlja družino in kakšna je vloga družinskih članov pri odločanju o zdravljenju in nudenju skrbi);
- odločanje glede konsenza pri zdravljenju (npr. v katerih primerih se družinski člani želijo odločati o zdravljenju v imenu uporabnika);
- samostojnost in skrb zase (npr. ali lahko posameznik pri okrevanju samostojno skrbi zase ali do katere mere je odvisen od drugih);
- način komuniciranja (npr. ali se posameznik očesnemu stiku izogiba).

4.2.2 Stereotipi, predsodki, etnocentrizem in posledice

Preden se osredotočimo na medkulturno komunikacijo, si oglejmo nekaj načinov izražanja socialnih kategorizacij, kot so npr. stereotipi in predsodki.

Stereotipi predstavljajo ustaljena prepričanja ali razmišljanja o določeni skupini ljudi. Gre za skupek lastnosti, ki jih pripišemo ljudem, ne da bi jih zares poznali, in jih na ta način povežemo v skupino. Stereotipi nam omogočajo, da poenostavimo svet okoli sebe. Včasih uporabljamo stereotipe tudi za skupino, ki ji pripadamo, zato da bi se počutili močnejši ali vzvišeni nad drugimi. Po navadi temeljijo na stikih ali podobah, ki smo jih pridobili v šoli, preko množičnih medijev ali doma in ki smo jih pozneje posplošili na vse ljudi (Brander in sodelavci, 2006). Stereotipizacija pomeni razvrščanje ljudi glede na njihove službe, poklic in aktivnosti, ki jih izvajajo v prostem času (Wetherbe, 2005).

Pat Brander in sodelavci (2006) navajajo: »Predsodek je sodba, ki jo izrekamo o posamezniku ali narodu, ne da bi ga resnično poznali. Lahko so negativni ali pozitivni. Predsodke pridobivamo skozi proces socializacije in jih je prav zato tako težko spremeniti ali izkoreniniti. Do predsodkov pride, ko sklepamo na podlagi domnev.«

Etnocentrizem vpliva na posameznikove sodbe in ocene drugih in predstavlja prepričanje, da je kultura, katere pripadniki smo, edina pravilna in da so druge kulture nekako »nenormalne« (Brander in sod., 2006). Etnocentrizem pomeni, da je nek posameznik prepričan, da so njegove vrednote in njegov način življenja univerzalni in da je to edini pravilni način življenja. Etnocentrizem pa pomeni tudi, da lastne vrednote uporabljamo za razumevanje drugih kulturnih prepričanj, navad in običajev (Keršič Svetel in sodelavci, 2016).

Diskriminacija je izvajanje predsodkov v praksi. Pomeni, da so neke skupine označene kot drugačne in zato deležne diskriminacije. To se npr. kaže kot prepoved vstopa v diskoteke, dodeljevanje najslabših del ali pogostejše nadzorovanje s strani policije kot pri ostalih pripadnikih družbe. Vseeno pa se v teh manjšinskih skupinah najdejo posamezniki, ki se proti negativni diskriminaciji borijo s spodbujanjem pozitivne diskriminacije (Brander in sodelavci, 2006).

Nestrpnost kaže na pomanjkanje spoštovanja navad in prepričanj ljudi, ki se od naših razlikujejo. Nestrpni smo, če nekoga izločimo iz svojega kroga socializacije zaradi drugačne narodnosti, veroizpovedi ali spolne usmerjenosti (Brander in sodelavci, 2006).

Pojma rasizem ni lahko razložiti in ga je tako rekoč nemogoče enoznačno pojasniti, saj obstajajo različne definicije. Težko je tudi določiti, kdaj je potrebno neko dejanje, misel ali postopek označiti kot rasizem. Brander in sodelavci (2006) pravijo: »Rasizem temelji na prepričanju, da človekove lastnosti, sposobnosti itn. določa rasa in da obstajajo večvredne in manjvredne rase. Pri tem dodajajo, da če sprejmemo ta argument, moramo biti seveda prepričani, da različne človeške rase sploh obstajajo.«

S spreminjajočim se časom in okoljem se spreminja tudi rasizem. Najbolj nevaren je občutek večvrednosti, torej prepričanje, da je neka skupina ljudi več vredna od druge. Rasizem na izvajanje zdravstvene nege vpliva vse prej kot pozitivno, saj zdravstvenim delavcem onemogoča izvajanje dovezetne in kompetentne zdravstvene nege, kar posledično vodi tudi v večje nezadovoljstvo pacientov. Pomembno je, da se medicinske sestre zavedajo, da obstaja

na svetu veliko različnih ljudi, od katerih pa si vsak zasluži enakopravno obravnavo (Brander in sodelavci, 2006).

Institucionalni rasizem je definiran kot skupen neuspeh organizacij pri zagotavljanje primerne in profesionalne oskrbe ljudem, ki so drugačne barve, kulture ali etične pripadnosti. Najdemo ali zaznamo ga lahko v procesih vedenja in obnašanja, ki izražajo diskriminacijo skozi ignoranco, s predsodki, stereotipizacijo, ki škodijo etničnim manjšinam (Narayanasamy, White, 2005).

Zdi se, da se rasizem pojavlja tudi v bolnišnicah, čeprav naj bi bile prav bolnišnice kraj, kjer so vsi deležni enakopravne obravnave. To je tudi eden od možnih razlogov za slab in počasen napredek kulturno dovzetne zdravstvene nege. Anderson (2003) predpostavlja: »Barva kože, etnična pripadnost, spol in kultura podzavestno vplivajo na naše mišljenje v smislu odločitve, kdo potrebuje našo pomoč in kdo ne.«

V tem kontekstu je treba izpostaviti, da sta najbolj tesno povezani kultura in komuniciranje, saj je komuniciranje način, kako se kultura prenaša in ohranja (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

4.2.3 Medkulturno komuniciranje

Medkulturna komunikacija zajema interakcije, odnose, stike in oblikovanje samopodobe ter kaže svoje prednosti v pretoku različnih znanj, izkušenj in tradicij in v razumevanju ter sprejemanju različnosti in drugačnosti. Ko govorimo o medkulturni komunikaciji, si najprej predstavljamo dve osebi različnih kultur in nato hitro pomislimo še na jezikovne ovire, ki bi se pojavile v tovrstni komunikaciji. Vendar pa je vsakemu, ki je že bil udeležen v medkulturnih interakcijah, jasno, da poznavanje samega jezika še ne pomeni nemotenega komuniciranja (Ule, 2009).

Pri zdravstveni obravnavi ljudi, ki izhajajo iz drugačnega kulturnega ozadja kot mi, lahko do nesporazumov pripelje že razlaga besede bolezen, ker si zdravstveni delavci bolezen razlagajo kot patološko dogajanje, nekateri pacienti pa bolezen doživljajo kot skupek fizičnih, psiholoških, socialnih in kulturnih dejavnikov (Betancourt in sodelavci, n. d.). Problem pri medkulturni zdravstveni negi je dejstvo, da je manifestacija bolezni pri pacientu odvisna od njegovega socialnega okolja, zato je poznavanje vseh informacij o pacientu izrednega pomena. Težave v komunikaciji vodijo v nerazumevanje informacij o zdravstvenem stanju ali posegu, s čimer se stopnja stresa, s katerim se sreča pacient, še dodatno poveča (Betancourt in sodelavci, n. d.).

Latkovič (2002) med najpomembnejše ovire v medkulturni komunikaciji uvršča jezik, družinske odnose, verska prepričanja in navade, odnos do telesne teže, odnos do zdravja ter odnos do usode in smrti.

Že pri ljudeh, ki govorijo isti jezik, prihaja do težav, ko morajo opisati svoje zdravstveno stanje. Pri komunikaciji s pacientom, ki govori drug jezik, je zato treba posvetiti še več časa pogovoru in razlaganju. Če je potrebno, vključimo tudi prevajalce, saj lahko ovire v

komunikaciji vodijo v pomanjkljivo anamnezo in posledično tudi v nepravilno diagnozo, kar pa vpliva na celoten potek zdravljenja pacienta, ki je v takšnih primerih največkrat nezadovoljivo, kot piše Latkovič.

Ker družinski člani pomembno vplivajo na odnos do pacienta, se priporoča, da jih medicinske sestre spoznajo ter jim omogočijo sodelovanje pri obravnavi pacienta. V številnih kulturah imata pomembno vlogo družinski poglavar in razširjena družina, na kar morajo biti medicinske sestre še posebej pozorne pri začetni komunikaciji s pacientom (Latkovič, 2002).

Latkovič (2002) tudi pravi, da vera močno vpliva na navade, ki so tesno povezane z zdravjem in boleznijo, na primer–odnos do hrane in osebna higiena. Islam prepoveduje uživanje svinjskega mesa, drugo meso pa mora biti zaklano po načinu »halal«, Hindujci ne jedo govedine, verska pripadnost vpliva na porabo izdelkov za osebno higieno in še bi lahko naštevali.

Ko govorimo o odnosu do telesne teže, je treba upoštevati poglede družbe, iz katere izhaja pacient. V nekaterih revnih kulturah je višja telesna teža znak ugleda in socialnega statusa, spet v drugih kulturah in družbah prevelika telesna teža nakazuje na pomanjkanje discipline (Latkovič, 2002).

Na zdravljenje in zdravstveno oskrbo vplivata tudi odnos pacienta do same medicine in posegov (tradicionalna medicina, alternativne metode zdravljenja ipd.) ter dojemanje usode in smrti. Za zdravstvene delavce je zato pomembno, da pridobijo tudi tovrstne informacije.

Na kakšen način naj poteka medkulturna komunikacija v zdravstvu, svetuje Keršič-Svetel s sodelavci (2016), ki pravi, da naj medicinske sestre govorijo počasi in razločno, uporabljajo verbalno in neverbalno komunikacijo, pozorne morajo biti na pacientove neverbalne znake in sporočila, izogibajo se naj zapletenim stavkom, zlasti pa se naj izogibajo specifičnim reklam in prispodobam, govorijo naj kratko in jedrnato, brez nepotrebnih podrobnosti. Svetel poudarja, naj bodo navodila podana v kratkih stavkih in po korakih ter da je treba pacienta, ki ne zna jezika, pomiriti, poskušati ugotoviti, kaj želi, in mu omogočiti prevajalca.

Poleg tega velja upoštevati, da je v nekaterih kulturnih okoljih avtoritativna drža zdravnika pričakovana – če avtoritativno držo opusti, tvega, da bo izgubil pacientovo zaupanje. Po drugi strani pa predstavlja v nekaterih kulturnih okoljih ta ista avtoritativna drža podcenjevanje ali žaljenje pacienta (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

4.2.4 Transkulturna zdravstvena nega

Transkulturno zdravstveno nego je definirala Madeleine M. Leininger, medicinska sestra in antropologinja, ki pravi, da je transkulturna zdravstvena nega teorija zdravstvene nege, ki se ukvarja s primerjavo razlik in podobnosti v odnosu do vrednot in življenjskih potreb z namenom predvideti potrebe posameznika po zdravstveni negi in promovirati kulturno dovzetno zdravstveno nego (Leininger, 1997).

Več strokovnjakov se strinja, da kulturne kompetence najboljše definirata znanje in sposobnost izvajalcev zdravstvene oskrbe za delo z različnimi kulturami pacientov, kar omogoča kulturno dovzetno zdravstveno nego (Cerezo in sodelavci, 2014). Koncept kulturnih kompetenc so vpeljali po vsem svetu že okrog leta 1970. Delijo se na splošne in specifične kulturne kompetence. Splošne kulturne kompetence predstavljajo znanja in veščine, ki zdravstvenim delavcem omogočajo izvajanje dovzetne zdravstvene nege pri vseh ljudeh, medtem ko se specifične kulturne kompetence nanašajo na oskrbo v določenih situacijah, pri katerih pride kultura pacienta še bolj do izraza (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Keršič-Svetel in sodelavci (2016) pravijo, da kulturne kompetence zajemajo:

- zavedanje vpetosti v lastno kulturo, refleksijo lastnih predsodkov, stereotipov in pogledov na svet;
- dojemanje razlik med kulturami;
- poznavanje različnih kulturnih praks in svetovnih nazorov;
- medkulturne veščine: sposobnost, da se zavemo razlik in jih upoštevamo pri odnosu z uporabnikom zdravstvenih storitev;
- medkulturne izkušnje: osebne izkušnje z ljudmi iz različnih okolij;
- motivacijo za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopen proces, v katerem se posameznik stalno izpopolnjuje.

Potreba po kulturnih kompetencah v zdravstveni negi se povečuje predvsem zaradi stalno večje mešanice kultur, ki se prepletajo v naši družbi. Pomembno je, da se medicinske sestre zavedajo, da imajo ljudje, ki imajo drugačno kulturno in etnično ozadje od njihovega, tudi drugačne potrebe. Res je, da se je težko prilagoditi vsakemu posamezniku posebej, vendar bi se lahko posvetili vsaj tistim potrebam, ki so za te ljudi bistvene. Keršič-Svetel in sodelavci (2016) pravijo: »Poznavanje različnih načinov življenja, kulturnih praks in prepričanj ter pogledov na svet omogoči nudenje boljše oskrbe in pomaga, da se izognemo nesporazumom med zdravstvenimi delavci, uporabniki in njihovimi svojci.« Zato je spoznavanje različnih kultur, različnih načinov življenja ključnega pomena pri zagotavljanju kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Po drugi strani pa isti strokovnjaki opozarjajo na zmote o kulturnih kompetencah, kot so naslednje:

»Kulturno kompetenten lahko postanem v nekaj urah!« Ta izjava ne drži, saj se kulturnih kompetenc ni mogoče naučiti v le nekaj urah, ker je proces pridobivanja kulturnih kompetenc dolgotrajen in zahteva učenje in usposabljanje skozi prakso in teorijo (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

»Če poznam kitajsko kulturo, bom razumel vedenje vseh kitajskih pacientov!« Dobro poznavanje neke kulture nam sicer omogoča lažje razumevanje posameznikov. Vseeno pa se moramo zavedati, da obstaja tudi znotraj kitajske kulture več podskupin, ki se med seboj močno razlikujejo. Poleg tega pa se navade na Kitajskem vseskozi spreminjajo in je zaradi tega še toliko bolj pomembno, da se izognemo posploševanju in da vedno preverimo, ali je

naše znanje o neki kulturi dejansko uporabno in bo pripomoglo k boljšemu razumevanju potreb teh ljudi in posledično tudi k boljši zdravstveni negi (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

»Če je posameznik iz določene skupnosti, se bo obnašal tako kot ostali člani te skupnosti!« Četudi je neka oseba pripadnik določene skupnosti, še ne pomeni, da se bo ta oseba želela držati tradicionalnih ali prevladujočih praks. Vedno moramo upoštevati posameznika in njegove individualne izbire. Te informacije pridobimo s podrobno anamnezo (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Za potrebe transkulturne zdravstvene nege in kulturne kompetentnosti je Josepha Campinha-Bacote pripravila model, ki zdravstvene delavce usmerja na pot h kulturni kompetentnosti.

4.2.5 Model kulturnih kompetenc po Josephi Campinha-Bacote

Kot piše Campinha-Bacote (2002), kulturne kompetence pridobimo s procesom, v katerem si medicinske sestre nenehno prizadevajo, da bi pridobile sposobnosti za učinkovito delo v kulturnem kontekstu pacienta.

Domneve modela, ki jih je podala Campinha-Bacote, so:

- »1. Pridobitev kulturnih kompetenc ni enkraten dogodek, ampak je konstanten proces.
2. Kulturne kompetence so sestavljene iz petih elementov, in sicer: iz kulturnega zavedanja, znanja o kulturah, kulturnih veščin – sposobnosti, medkulturnih interakcij ter želj.
3. Znotraj posamezne etnične skupine je večja raznolikost kot med različnimi etničnimi skupinami.
4. Obstaja očitna povezava med stopnjo kompetentnosti zdravstvenih delavcev in njihovo sposobnostjo za zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene nege.
5. Kulturne kompetence so bistvena komponenta pri zagotavljanju kulturno dovzetne zdravstvene nege pri pacientih z različnimi kulturnimi ozadji.«

Model kulturnih kompetenc po Campinha-Bacote je torej sestavljen iz petih elementov, ki se med seboj prepletajo in sestavljajo celoto. Eden izmed petih elementov je kulturno zavedanje – pogled v lastno kulturno ozadje prepričanj in vrednot. Drugi element predstavlja poznavanje kultur oz. znanje o kulturah, ki mu sledijo kulturne spretnosti – te predstavljajo podporni element pri zbiranju informacij in postavitvi ocene stanja pacienta. Medkulturne interakcije so proces, ki medicinsko sestro spodbuja, da se vključuje v interakcije s pacienti iz različnih kultur. Zadnji izmed elementov modela pa je želja, ki je definirana kot motivacija za vključitev v proces pridobivanja kulturnih kompetenc in je tudi bistven element, saj zdravstvene delavce spodbuja, da se vključujejo v medkulturne interakcije ter s tem pridobivajo medkulturne spretnosti (Campinha-Bacote, 2002).

Delovanje medicinskih sester določa tudi Kodeks etike, ki zdravstvene delavce uči etičnega in moralnega delovanja. Vsebuje devet načel, ki zdravstvene delavce vodijo pri njihovi poklicni

poti in jim pomagajo pri soočenju z etičnimi dilemami. Etična drža posameznika je izrednega pomena, sploh na področju zdravstva, saj se medicinska sestra v svojem poklicu srečuje z ljudmi in vpliva na njihovo življenje in zdravje (Kodeks etike, 2005). Kodeks etike pomaga medicinskim sestram pri oblikovanju etičnih vrednot in predstavlja neko vodilo in spodbudo pri delu na področju zdravstvene nege, vendar se le deloma dotakne področja medkulturne zdravstvene nege. Uči nas, da dejavniki, kot so veroizpoved, rasa in narodna pripadnost, ne smejo vplivati na odnos medicinskih sester do pacienta. Pomembno je zagotavljanje kakovostne in kompetentne zdravstvene nege, ki jo izvajamo na način, da pacient dobi občutek, da je spoštovan, da lahko zdravstvenim delavcem zaupa težave, ki ga pestijo. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo zagovorništva, kar je pri delu s tujejezičnim pacientom in pacientom z drugačnim kulturnim ozadjem od našega še bolj izrazito, saj imajo specifične potrebe, vrednote in navade, ki jih moramo upoštevati (Kodeks etike, 2005).

Kot je bilo že omenjeno, duhovnost in vera pacienta pomembno vplivata na njegovo dožemanje zdravstvene nege.

4.3 Vera, duhovnost in zdravstvena nega

V Sloveniji vodi Register cerkva in drugih verskih skupnosti Urad za verske skupnosti pri Ministrstvu za kulturo. Trenutno je v register vpisanih 48 cerkva in drugih verskih skupnosti. Ker Ustava Republike Slovenije določa, da se nihče ni dolžan opredeliti glede svojega verskega ali drugačnega prepričanja, natančen vpogled v strukturo verske pripadnosti državljanov Slovenije ni mogoč. Iz registra lahko zgolj sklepamo, da so najštevilčnejše katoliška, pravoslavna, islamska in protestantska veroizpoved (Ministrstvo za kulturo, 2012).

Raziskave kažejo, da vera in duhovnost pogosto pozitivno vplivata na psihofizično zdravje ljudi, pomagata ljudem, da se z nastalo situacijo sprijaznijo in jo sprejmejo ter dobijo novo upanje. Zato je še posebej pomembno, da ljudem, če se le da, omogočimo zadovoljevanje njihovih duhovnih/verskih potreb. Pomembno je, da od pacientov pridobimo informacijo o njihovih željah in navadah, še posebej takrat, ko sumimo, da ima oseba neka prepričanja, vendar jih ne prepoznamo ali pa jih poznamo slabo (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Pacientu je treba omogočiti, da molitev ali druge duhovne obrede opravlja v tistem in samotnem prostoru, če je na voljo in če to sam želi. Omogočimo mu pogovor ali nemoteno molitev z duhovnikom. V nekaterih religijah je običaj, da molijo večkrat na dan, pred molitvijo pa se morajo pripraviti z obrednim umivanjem. Tako je v islamu – muslimani molijo petkrat na dan, obrnjeni proti vzhodu oziroma njihovem svetemu kraju Meki. Vrsta religij ima tudi določen način prehranjevanja, kar pacientu poskušamo omogočiti v okviru zmožnosti bolnišnice. Tu so najbolj izpostavljeni pacienti, ki jedo samo košer hrano (pripravljeno po judovskih pravilih), in muslimani, ki odklanjajo svinjino, ostale živali, ki jih zaužijejo pa morajo biti ubite po svetem načinu »halal« (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Med kulturnimi dejavniki, ki poleg obravnavanih najbolj vplivajo na uspešno komunikacijo, je poznavanje jezika, s katerim komunicira pacient.

4.4 Tolmačenje v zdravstvu

Keršič-Svetel in sodelavci (2016) pravijo, da se v okoliščinah, kjer je reševanje jezikovnih nesporazumov prepuščeno presoji in volji posameznega zdravstvenega delavca, velikokrat pojavljajo nesporazumi in komunikacijski šumi med slovensko govorečim zdravstvenim osebjem in neslovensko govorečim pacientom, kar lahko vodi v zdravstvene zaplete in celo smrtne primere, zato se, kadar je le mogoče, zdravstveno osebje obrne na tolmače.

Tako kot zdravstveni delavci so tudi prevajalci oz. tolmači dolžni upoštevati kodeks poklicne etike in Zakon o pacientovih pravicah, predvsem 7. člen, ki definira prepoved diskriminacije, kar pomeni, da ima pacient ne glede na raso, narodnost, spol in veroizpoved enakovredne pravice (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Zakon o mednarodni zaščiti (2016) tako določa, da je za tolmača lahko izbran vsak, ki izpolnjuje naslednje pogoje:

- je vreden zaupanja;
- je poslovno sposoben in ima splošno zdravstveno zmožnost;
- aktivno obvlada slovenski jezik;
- ima ustrezna dokazila o pisnem in ustnem znanju jezika, ki ga tolmači;
- ima kot oseba, ki tolmači v svojem materinem jeziku, dokazila o uspešno zaključenem šolanju v tem jeziku;
- ima ustrezna dokazila o dosedanjem opravljanju tolmačenja;
- zagotavlja tolmačenje tudi ob sobotah, nedeljah, praznikih in dela prostih dnevih;
- se na potrebo po ustnem tolmačenju lahko odzove v dveh urah;
- je sposoben zagotoviti pisni prevod najkasneje v petih dneh;
- se z izjavo zaveže, da tolmačenja ne opravlja za diplomatsko-konzularno predstavništvo države, katere jezik tolmači;
- je nekaznovan in ni v kazenskem postopku za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti, za katerega je zagrožena kazen zaporu šestih mesecev ali hujša kazen.

Profesionalni tolmač v zdravstvu pomaga pri interpretaciji pacientovih simptomov tako, da pretvori, kar je bilo izrečeno v jeziku pacienta, v jezik zdravstvenega delavca in obratno (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Medjezikovno sporazumevanje je zapleten proces, pri katerem je mnogo informacij izgubljenih, zato je pomembno, da tolmač dobro obvlada pojme iz anatomije, simptomatike, obolenj in raznih področij, ki so povezana z zdravjem, pomembno pa je tudi poznavanje

medicinskih terminov (Pignataro, n. d.). Pri medjezikovnem posredovanju v zdravstvenih ustanovah opazimo več oblik tolmačenja. Prvi so profesionalni tolmači, ki so zaposleni v zdravstveni ustanovi. Prednost je dostopnost in njihova profesionalnost, kar vodi v občutke zadovoljstva pacienta zaradi strokovnosti, obenem pa se lahko pacienti ob profesionalnih tolmačih počutijo neugodno, saj jim je neprijetno o osebnih in intimnih stvareh govoriti neznancem. Sledi dvojezično zdravstveno osebje, ki je zelo koristno na območjih z dvema govorečima jezikoma, za njimi so še nešolani in ad hoc tolmači, to pa so svojci, prijatelji in znanci. Prednost je ta, da pacient svojcu zaupa, prihranjen je čas iskanja tolmača, slabost pa je predvsem to, da svojci niso objektivni in lahko kakšno stvar interpretirajo tako, kot se jim zdi najbolje – prireajo vsebino. Zdravstveno osebje si pri teh težavah pomaga z iskanjem informacij po telefonu, na spletu, s poenostavljanjem govora, uporabo kretenj in dodatnimi laboratorijskimi preiskavami (Morel, 2009).

Uporaba tolmačev pa lahko predstavlja tudi težave, saj so vezani na svoj delovni čas in običajno pokrivajo le etnične skupine, ki so pri nas najštevilčnejše. Pomembno je, da pacienta poučimo o možnosti uporabe/zaposlitve tolmača in o njegovi vlogi, poleg tega pa morajo biti tudi medicinske sestre dobro informirane o postopku vključitve in sodelovanja tolmačev v zdravstveni oskrbi (Morel, 2009).

Poleg prevajalstva in tolmačev pa je drugje po svetu razširjena tudi uporaba medkulturnih mediatorjev. Medkulturni mediator je strokovno usposobljen posameznik, ki predstavlja most med zdravstvenimi delavci in uporabniki. Mediacija je proces, ki vnaša dinamičnost, spremenljivost, nepredvidljivost in vodi do rezultatov oziroma rešitve (Pignataro, n. d.). Tišlarič (n. d.) pa opiše mediacijo kot prostovoljen, zunajsoden proces reševanja spornih vprašanj. Dodaja še, da je mediacija postopek, v katerem osebe, ki so v sporu, ob podpori tretje osebe ugotovijo, kaj je bistvo njihovega spora, izrazijo svoje želje, mnenja in poskušajo najti rešitev, ki bo ustrezala obema stranema. Mediacija je namenjena premoščanju nesporazumov, ki nastanejo zaradi razlik v jeziku, kulturi in socioekonomskem statusu. Medkulturna mediacija presega tolmačenje, saj vključuje prevajanje različnih pojmovanj in praks (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

V Sloveniji se zdravstveno osebje s tujci in tujimi turisti srečuje predvsem v poletnih mesecih na primarnem zdravstvenem varstvu oziroma v zdravstvenih domovih (Statistični urad, 2015). Težave, ki nastanejo pri komunikaciji s temi ljudmi, predstavlja nerazumevanje jezika, pri čemer si zdravstveno osebje pomaga z uporabo »svetovnih« jezikov, kot sta nemščina in angleščina. Srečajo se tudi s primeri, ko niti angleščina niti nemščina pri komunikaciji ne pomagata, saj Slovenijo obiščejo tudi ljudje, ki ne razumejo drugega jezika razen svojega, kar povečuje nevarnost neustrezne zdravstvene obravnave, saj si osebje lahko pomaga samo z neverbalno komunikacijo, različnimi slikami in z dodatnimi preiskavami. Pri pacientih, ki govorijo samo en jezik, poskuša osebje najprej poiskati osebo, ki jezik pacienta pozna, najbolje je seveda, če je ta oseba svojec pacienta, saj neznane osebe pri pacientih vzbujajo občutek neugodja, sploh če so zdravstvene težave povezane z intimnostjo. Priseljenci, ki živijo v Sloveniji, se praviloma trudijo za izboljšanje komunikacije in upoštevajo ter sledijo navodilom zdravstvenega osebja (Morel, 2009).

4.5 Medkulturno izobraževanje in usposabljanje v zdravstveni negi

Da bi neka družba resnično postala multikulturna, morajo vse družbene skupine, ki jo sestavljajo, živeti enakovredno – ne glede na kulturo ali življenjski slog (Brander in sodelavci, 2004).

Medkulturno izobraževanje je pomembno za razvijanje večjezičnosti in večkulturnosti, saj jih uči razumevanja odnosov, pomenov, idej in vrednot različnih kultur. Dobro podlago za izobraževanje o različnih jezikih in kulturah pridobimo že v zgodnji mladosti s pomočjo emancipatornega načina učenja, s katerim posameznik razume in oblikuje lastne izkušnje, pridobiva nova znanja in s tem spreminja lasten pogled na svet. Učitelji se v glavnem zavedajo problemov, ki bi jih morali reševati v okviru obravnave medkulturnih vsebin, vendar sami niso bili deležni medkulturne vzgoje in nimajo predstave, kako naj bi to izgledalo. Učitelji morajo učence naučiti spoštovanja pravice do enakosti vseh članov družbe ne glede na etnično poreklo, ideologijo in vero. Interkulturalna vzgoja je danes nujna, pa ne samo zaradi vse večjih preseljevanj, temveč tudi zaradi nevarnega porasta nacionalističnih gibanj (Tratnik, 2009). Potrebna je skrb, da bo raznolikost temeljila na enakopravnosti, in skrb za spoštovanje in priznanje različnih kultur (Brander in sodelavci, 2004).

Lesar (2009) pa pravi takole: »Medkulturni dialog naj bi bil vezivo družbenega, političnega in gospodarskega razvoja različnih držav in naj bi spodbujal sobivanja v kulturno raznoliki družbi. Pomemben je poudarek na spoštovanju raznolikosti učencev.« Tratnik (2009) dodaja, da je šolanje proces vzgoje in inkulturacije in da pomeni vključevanje v družbo, v kateri živimo.

Glavni cilj multikulturne vzgoje mora biti krepitev odnosov med različnimi kulturnimi skupinami in različnimi družbami. Ostali cilji multikulturnega izobraževanja so še spodbujanje razumevanja, preseganje stereotipov in negativnih predsodkov, spodbujanje pozitivnega vrednotenja razlik in raznolikosti, razvijanje pozitivnih odnosov do ljudi iz drugih kultur in udejanjanje načela solidarnosti (Brander in sodelavci, 2004).

Na področju šolanja so raziskovalci multikulturnega izobraževanja v ZDA konec 20. stoletja prepoznali pet modelov. (1) *Model poučevanja kulturno drugačnih*. V okviru tega modela lahko prepoznamo dva različna pristopa: a) konservativni (zanemarjanje kulturnih razlik) in b) liberalni (organiziranje programov, ki skušajo kompenzirati kulturne pomanjkljivosti učencev). (2) *Komunikacijski pristop ali interkulturni pristop* izhaja iz prepričanja, da si je treba prizadevati za dobro komunikacijo med različnimi kulturami. Za ta model se priporoča, da se ga vpelje čim bolj zgodaj, po možnosti že na predšolski ravni. (3) *Študije posameznih etničnih skupin*. Ta model se osredotoča na kulture posameznih marginaliziranih skupin in se v šolski praksi odraža v oblikovanju posameznih učnih predmetov, kot so npr. afro-ameriška zgodovina, ženske študije, panafriške študije ipd. (4) *Inkluzivno multikulturno izobraževanje*; njegovi cilji so promoviranje vrednosti in moči kulturne raznolikosti ter človekovih pravic in spoštovanja tistih, ki so drugačni od nas. Vsebuje številne izobraževalne prakse, ki so usmerjene proti predsodkom, zavzema se za oblikovanje inkluzivnih kurikulumov za različne skupine, spodbuja dvojezične in večjezične učne programe ter predpostavlja kulturno

raznolikost tudi med učiteljskim osebjem. (5) *Multikulturno in socialno rekonstrukcionistično izobraževanje* je model, ki pomeni najbolj celosten in aktivističen pristop k multikulturnemu izobraževanju v ZDA. Vključene so teme, kot so spol, družbeni razred, vera, jezik, posebne potrebe, spolna usmerjenost in druge (Tomšič Čerkez, 2009).

Med posebne potrebe spada tudi potreba po zdravstvenem varstvu in oskrbi. Delovanje zdravstvenega varstva in način oskrbe sta določena tudi s poklicnimi standardi in direktivami, ki pa izobraževanja s področja medkulturne zdravstvene nege ne definirajo.

Razlog je pomanjkanje raziskav na tem področju in nezadostno upoštevanje demografskih sprememb, ki kličejo po reformi izobraževanja medicinskih sester. Ta reforma bi vsebovala teoretična znanja o značilnostih različnih kultur, velik del pa bi bil namenjen razvoju sposobnosti odprtega pogovora o rasnih in etičnih razlikah ter razvoju sposobnosti prepoznati in se boriti proti stereotipizaciji in predsodkom. Težava je tudi v tem, da se odbor, ki je odgovoren za urejanje poklicnih standardov in direktiv, preveč osredotoča na dominantno prebivalstvo in skoraj v celoti zanemarja družbene manjšine (Cross in sodelavci, 1989).

Direktiva Evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij se namreč področja znanja tujega jezika le posredno dotakne s 53. členom, ki pravi, da osebe, ki se jim priznajo poklicne kvalifikacije, znajo jezike, potrebne za opravljanje poklica v državi članici (Direktive Evropskega parlamenta in sveta, 2005). Vendar pa za kompetentno medkulturno zdravstveno nego niso dovolj le poznavanje in govorne spretnosti tujega jezika, čeprav bi že to pozitivno vplivalo na medkulturno zdravstveno nego, ampak je potrebno, kot je bilo izpostavljeno v celotnem poglavju, imeti celo vrsto kulturnih kompetenc, ki jih razvijamo vse življenje (Cross in sodelavci, 1989).

5 RAZPRAVA

Raziskave kažejo, da ima kulturno kompetentna zdravstvena nega veliko prednosti ter pomembno vpliva na zdravljenje in zadovoljstvo vseh udeležениh. Pri pacientih se opaža, da so bolj zadovoljni in zaupljivi, da lažje vzpostavljajo stik z zdravstvenimi delavci in da tudi veliko bolj upoštevajo dana navodila v zvezi z zdravljenjem. Pri zdravstvenih delavcih pa se prednosti kažejo v manjšem številu napak pri postavljanju diagnoz ter v bolj kakovostni zdravstveni negi, ki jo nudijo. V splošnem pa se prednosti kažejo v večjem številu kakovostno opravljenih pregledov in v manj pogostih posledicah zaradi napačno predpisanih zdravil ter v boljši zdravstveni pismenosti pacientov (Lehman in sodelavci, 2012).

Bischoff in sodelavci (2003) ugotavljajo, da bi lahko izobraževanje zaposlenih v zdravstvu potekalo v obliki seminarjev, konferenc, predavanj ter s študijami primerov iz prakse, s pomočjo katerih bi iskali ustrezne rešitve in predloge izboljšav.

Prednost pred izobraževanjem o kulturi in kulturnih kompetencah pa imajo komunikacijske spretnosti. Kvalitetna komunikacija vodi v boljše izide zdravljenja, večje zadovoljstvo pacientov in s tem tudi v večjo kvaliteto življenja. Sestavljajo jo razne lastnosti, ki jih morajo pridobiti medicinske sestre; te so empatija, aktivno poslušanje, dobro vodenje pogovora in druge (Latkovič, 2002). Kljub temu pa lahko še vedno pride do nesporazumov, ki se pojavljajo na strani zdravstvenih delavcev ali pacienta, ki pa se jim lahko medicinske sestre izmaknejo, če se ravna po Calgary-Cambridgovem modelu, ki izrecno poudarja osredotočenost na uporabnika, kulturno kompetentno obravnavo, spoštljiv odnos in enakopravno obravnavo ne glede na kulturne razlike (Keršič-Svetel in sodelavci, 2016).

Razumljivo je, da medicinske sestre ne morejo poznati vseh kultur in njihovih značilnosti, vseeno pa je pomembno, da se potrudijo o svojih pacientih oz. uporabnikih zdravstvene oskrbe izvedeti čim več, saj bosta na ta način zdravljenje in zdravstvena oskrba čim bolj kakovostna.

Učinki izobraževanja o kulturnih kompetencah v zdravstvu so po Lehmanu in sodelavcih (2012) sledeči:

- medicinske sestre bolje razumejo pomen kulture v zdravstveni oskrbi;
- prepoznavajo kulturne in druge ovire med uporabniki ter zdravstvenimi delavci in zdravstveno ustanovo;
- prepoznajo pomen kulturne kompetence v okoljih, kjer poteka zdravstvena oskrba;
- pri komunikaciji z uporabnikom znajo razumeti in se primerno odzvati na verbalna in neverbalna sporočila, iztočnice in namige;
- razlike v vrednotah, prepričanjih, verovanjih in praksah med uporabniki, ki so povezane z zdravjem in zdravljenjem, znajo ustrezno ovrednotiti in se nanje primerno odzivati;
- so zavezane kulturno in jezikovno primerni obravnavi;
- bolj učinkovito sodelujejo z različnimi zdravstvenimi delavci.

Leininger (1997) pa je mnenja, da bi medkulturno zdravstveno oskrbo lahko izboljšali, če bi ustvarili obširno podatkovno bazo, ki bi vsebovala kulturno pogojene dejavnike tveganja in kulturne specifike, ki so pomembne za kulturno kompetentno in dovzetno zdravstveno nego.

Če se povrnemo k tolmačenju, bi bila za izboljšanje vloge tolmačenja v zdravstvu najprej potrebna zakonska ureditev, ki je v Sloveniji še zelo pomanjkljiva. Področje bi izboljšali tudi z informiranjem zdravstvenega osebja in širše skupnosti o postopku pridobitve tolmača in o tem, kako ravnati ob sodelovanju s tolmačem. Poleg tega pa bi lahko pripravili tujejezične brošure z uporabnimi informacijami in navodili o zdravstvenem sistemu, ki bi bile na razpolago uporabnikom iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij. Predvsem pa je pomembno, da zdravstveni delavci obravnavajo vse paciente enakovredno, jim nudijo podporo in se pri tem izogibajo lastnim predsodkom pri nujenju zdravstvene oskrbe pacientu, ki izhaja iz drugačnega kulturnega ali jezikovnega okolja.

6 ZAKLJUČEK

Spoznali smo, da je zaradi spreminjajoče se demografske strukture prebivalstva vedno več povpraševanja in potreb po medkulturnih in medjezikovnih kompetencah zdravstvenih delavcev. Medkulturna komunikacija predstavlja interakcijo med dvema osebama, ki izhajata iz različnih kulturnih ozadij. V tovrstni interakciji lahko pričakujemo različne motnje, ki nastanejo zaradi nerazumevanja jezika, razlik v neverbalni komunikaciji in zaradi kulture, ki posredno in neposredno vpliva na zdravje posameznika in s tem tudi na posameznikovo življenje, poleg teh pa lahko motnje predstavljata nepotrpežljivost zdravstvenih delavcev in pomanjkanje časa. V medkulturnem kontekstu zdravstvene nege je torej bistveno razumevanje kulturnih razlik, poznavanje osnov komuniciranja in vrst komunikacije. Kakovostna komunikacija v zdravstvu je sestavljena iz več elementov: empatičnega odnosa, spoštovanja, aktivnega poslušanja pacienta, dobrega vodenja pogovora in zastavljanja vprašanj ter zapisovanja in preverjanja zapisanega. V procesu izvajanja zdravstvene nege ima pomembno vlogo tudi terapevtska komunikacija, s katero zdravstveni delavci pacientu posredno ali neposredno pomagajo v določeni situaciji, vplivajo na njegovo vedenje in s tem tudi na življenjske navade. Da bi se izognili nesporazumom v komunikaciji, še posebej v medkulturnem kontekstu, je potrebno govoriti počasi in razločno, podajati navodila jasno in v kratkih korakih, se izogibati zapletenim stavkom, medicinski terminologiji ipd. Preveriti je tudi potrebno, če je pacient dana navodila razumel. Pacienta se med pogovorom ne prekinja, spodbuja se ga, da čim več pove, omogoči se mu zaupen in zaupljiv odnos.

Z vidika kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev smo najprej ugotovili, da obstajajo različne definicije kulture, iz katerih lahko razberemo, da je kultura temeljna bit človeka, da ga spremlja vse življenje in je odvisna od številnih dejavnikov. Kultura pomembno vpliva tudi na naše zdravje, zato ima medkulturno izobraževanje še večji pomen. Z medkulturnim izobraževanjem naj bi začeli že zelo zgodaj – nekje v vrtcu ali najpozneje v osnovni šoli. Medkulturno izobraževanje je pomembno, saj nas uči spoštovanja drugih kultur, upoštevanja in sprejemanja raznolikosti ter solidarnosti do drugih, kar je še posebej pomembno v zdravstvu. Ker predstavljajo jezikovni in kulturni nesporazumi veliko oviro v kakovostni zdravstveni obravnavi, je potrebno najti načine, kako usposabljati zdravstvene delavce za razvijanje medkulturnih kompetenc in kako vpeljati medkulturne mediatorje za tolmače v zdravstvene ustanove.

7 VIRI

- BISCHOFF, A., PERNEGER, T. V., BOVIER, P. A., LOUTAN, L., STALDER, H., 2003. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of general practice*, letn. 53, št. 492, str. 541–546.
- BETANCOURT, J. R. *The Challenges of Cross-Cultural Healthcare – Diversity, Ethics, and the beMedical Encounter* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 9. 2016]. Dostopno na https://practicalbioethics.org/files/members/documents/Betancourt-Green Carillo_16_3.pdf
- BEŠTER, R., DROLC, A., KOVAČ, B., MEŽNARIČ, S., ZAVRATNIK – ZIMIC, S. 2003. *Migracije – globalizacija – Evropska unija*. Ljubljana: Mirovni inštitut, str. 5–50.
- BRANDER, P., CARDENAS, C., ABAD, J. V., GOMES, R., TAYLOR, M., 2004. *Vsi drugačni vsi enakopravni*. 2nd ed. Strasbourg: Svet Evrope, str. 15–50.
- CAMPINHA – BACOTE, J., 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of transcultural nursing*, letn. 13, str. 181–184.
- CEREZO, P. G., GALCERAN, M. S., SOIRANO, M.G., CAMPS, L.M., MORAL L., 2014. Design and Evaluation of an Educational Course in Cultural Competence for Nursing. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, letn. 132, str. 262–268.
- COLLEGE OF NURSES ONTARIO, 2009. *Practice guideline: Culturally sensitive care* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 6. 2016]. Dostopno na http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf
- CROSS, T., BAZRON, B., DENNIS, K., ISAACS, M. *Towards culturally competent system of care: Volume I*. Washington, DC: Georgetown University, Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center [spletni vir]. [Datum dostopa 11. 10. 2016]. Dostopno na <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>
- Direktiva evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij*, 2005. Uradni list Evropske unije [spletni vir], št. 36/ES. [Datum dostopa 3. 7. 2016]. Dostopno na <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32005L0036&from=SL>
- FILIPČIČ, I., 1998. Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 32, št. 5/6, str. 221–225.
- FURLAN – LIPOVEC, M., 1986. Komuniciranje v procesu zdravstvene nege. *Zdravstveni obzornik*, letn. 20, str. 277–284.

- HALL, T., 1976. *Beyond culture* [spletni vir]. New York: Doubleday, str. 40–46. [Datum dostopa 20. 6. 2016]. Dostopno na https://monoskop.org/images/6/60/Hall_Edward_T_Beyond_Culture.pdf
- HENDERSON, S., BARKER, M., MAK, A., 2015. Strategies used by nurses, academics and students to overcome intercultural communication challenges. *Nurse Education in Practice*, letn. 16, št. 1, str. 1–8.
- HOFSTEDE, G., 2011. *Dimensionalizing Cultures: The Hofstede model in context* [spletni vir]. [Datum dostopa 7. 5. 2016]. Dostopno na <http://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=orpc>
- KERŠIČ-SVETEL, M., JELENC, A., GOSENCA, K., ŠKRABAN, J., PISTOTNIK, S., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 10–65, 181–192, 219.
- KOBENTAR, R., KOGOVŠEK, B., ŠKERBINEK, L., 1996. Komunikacija – komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija z starostniki. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 30, str. 13–9.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2010. Uradni list Republike Slovenije [spletni vir], št. 40. [Datum dostopa 31. 5. 2016]. Dostopno na <https://www.uradni-list.si/1/content?id=97901>
- LEHMAN, D., FENZA, P., 2012. *The Shift towards Cultural Competency in the Nursing Care of Older Adults* [spletni vir]. [Datum dostopa 14. 5. 2016]. Dostopno na <https://www.matherlifewaysinstituteonaging.com/wp-content/uploads/2012/03/The-Shift-Towards-Cultural-Competency-in-the-Nursing-Care-of-Older-Adults.pdf>
- LESAR, I., 2009. Šola, vrtec – prostor medkulturnega dialoga. V: TAŠNER, V., ur. *Brez spopada*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 57–70.
- LATKOVIČ, B., 2002. *Bolnik in zdravnik – partnerja v komuniciranju*. Ljubljana: NEJC, str. 6–9, 12–14.
- MINISTRSTVO ZA KULTURO, 2012. *Register cerkva in drugih verskih skupnosti* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 6. 2016]. Dostopno na http://www.mk.gov.si/si/delovna_podrocja/urad_za_verske_skupnosti/register_cerkva_in_drugih_verskih_skupnosti/
- MOREL, A., 2009. *Komunikacija s pacientom v večjezični družbi: tolmačenje v zdravstvu v Sloveniji: magistrska naloga*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, str. 21, 23–40, 45–67.

- NARAYANASAMY A., WHITE E., 2005. A review of transcultural nursing. *Nurse education today*, letn. 25, št. 2, str. 102–111.
- PALADIN, M., 2011. *Neverbalna komunikacija*. Nova Gorica: EDUCA, str. 25–29, 33–40.
- PIGNATARO, C. *Interlinguistical and Intercultural Mediation in Healthcare Settings* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 9. 2016]. Dostopno na https://www.openstarts.units.it/dspace/bitstream/10077/8609/1/Pignataro_IN17.pdf
- STATISTIČNI URAD REPUBLIKE SLOVENIJE, 2016. *Prebivalstvo, Slovenija, 1. april 2016* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=6093&idp=17&headerbar=15>
- STATISTIČNI URAD REPUBLIKE SLOVENIJE, 2015. *Selitveno gibanje, Slovenija 2015* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=6016&idp=17&headerbar=15>
- STATISTIČNI URAD REPUBLIKE SLOVENIJE, 2016. *Prihodi in prenočitve turistov, junij 2016* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=6106&idp=24&headerbar=21>
- ŠKERBINEK, L., 1992. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 26, št., str. 29–32.
- TIŠLARIČ, N. *Kaj je mediacija?* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 9. 2016]. Dostopno na <http://www.vrteckocevsje.com/pdf/kaj-je-mediacija.pdf>
- TOMŠIČ – ČERKEZ, B., 2009. Pogledi na različnost v šolskem kontekstu: »kulturni svet«. V: TAŠNER, V., ur. *Brez spopada*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 71–84.
- TRATNIK, P., 2009. Zapiski o sodobni umetnosti: pomen kritične refleksije znotraj umetniških praks. V: TAŠNER, V., ur. *Brez spopada..* Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 85–95.
- ULE, M., 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, str. 20, 28–54, 64, 102–117.
- UNESCO, 2001. *Universal Declaration on Cultural Diversity* [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 6. 2016]. Dostopno na http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- WETHERBE, J. C., WETHERBE, B., 2005. *Veščine sporazumevanja*. Ljubljana: Orbis, str. 18, 93.

WEST, R., TURNER, L. H., 2013. *Introducing Communication Theory: Analysis and Application (2013 Ed.)* [spletni vir]. [Datum dostopa 13. 5. 2016]. Dostopno na http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1215&context=marq_fac-book

Zakon o mednarodni zaščiti, 2016. Uradni list Republike Slovenije [spletni vir], št. 22/2016, 6. člen. [Datum dostopa 11. 5. 2016]. Dostopno na <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7103>

Zakon o pacientovih pravicah, 2008. Uradni list Republike Slovenije [spletni vir], št. 15/2008, 7. člen. [Datum dostopa 11. 5. 2016]. Dostopno na <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

POVZETEK

Za temo diplomske naloge je bilo izbrano področje medjezikovnih in medkulturnih kompetenc v zdravstveni negi, ker je v današnjem času, ko se struktura prebivalstva znotraj posameznih držav nenehno spreminja, ta tematika izredno pomembna. Z raziskavo in preučitvijo domače in tuje strokovne literature je bilo ugotovljeno, da se medicinske sestre med svojim delom srečujejo z ljudmi iz najrazličnejših kulturnih ozadij, zato je pomembno, da imajo razvite medkulturne in medjezikovne kompetence in spretnosti, da se lahko uspešno izognejo oviram v komunikaciji. Pri delu s tujci predstavlja največji problem nerazumevanje jezika, kar lahko vodi v nekvalitetno zdravstveno obravnavo in posledično v slabše zdravstveno stanje pacienta. Skozi diplomsko nalogo so zato predstavljene različne vrste komunikacije, spretnosti za kvalitetno komunikacijo in ovire pri interakcijah z drugimi. Sledita opredelitev pojma kulture, predvsem z vidika vpliva kulture na naše zdravje, ter definicija transkulturne zdravstvene nege, ki opozarja na kulturne potrebe pacientov. Osrednji del naloge se zaključuje z opredelitvijo medkulturnega izobraževanja in usposabljanja v zdravstveni negi, ob zaključku pa so podani predlogi za premostitev ovir v komunikaciji s pacienti iz drugih kulturnih ali jezikovnih okolij in posledično za zagotavljanje kvalitetne zdravstvene oskrbe.

Ključne besede: kultura, komunikacija, zdravstvena nega, medkulturne kompetence, tujejezični pacient

SUMMARY

For the subject of the diploma thesis, the field of linguistic and intercultural competencies in health care was chosen, because in this day and age, when the structure of the population within each country is constantly changing, this topic is extremely important. The research and examination of the domestic and foreign professional literature showed that the nurses meet a lot of people from different cultural backgrounds during their work, so it is important that they develop cross-cultural and cross-linguistic competences and skills to be able to successfully avoid obstacles in communication. When working with foreigners the biggest problem is the lack of understanding of the language, which can lead to low quality medical treatment and can consequently worsen the health condition of the patient. The thesis therefore introduces different types of communication skills for a quality communication and different obstacles which appear when interacting with others. This is followed by the definition of culture, especially in terms of the impact of culture on our health, and the definition of transcultural nursing, which draws attention to the cultural needs of the patients. The central part is concluded with the definition of intercultural education and training in health care, added are the suggestions for overcoming the obstacles in communication, when dealing with patients from other cultural and linguistic environments, and consequently for ensuring the high quality health care.

Keywords: culture, communication, nursing, healthcare, cultural competence, foreign language patient

ZAHVALA

Najprej bi se rada najlepše zahvalila svoji mentorici, doc. dr. Majdi Šavle, za vse ure, ki jih je porabila za svetovanje pri pisanju diplomske naloge.

Zahvalila pa bi se tudi svoji družini, ki mi je ves čas študija stala ob strani in me neumorno podpirala.

PRILOGE

IZJAVA O LEKTORIRANJU

Zaključno nalogo z naslovom Pomen medkulturne in medjezikovne komunikacije
zdravstveni negi

avtorice Barbare Vezovnik

(ime in priimek)

je lektorirala dr. Katja Bergles, prof. slov. in ang. jez.

(ime in priimek)

Podpis lektorice zaključne naloge: ... Katja Bergles

Podpis avtorice zaključne naloge: ... Barbara Vezovnik

Kraj in datum: Muta, 8. 12. 2016